

様式第 2 号(第 4 条関係)

地区名	民生委員氏名
地区	

東松山市救急医療情報カード配布申請書

年 月 日

東松山市長 宛て

申請者 住所 東松山市

氏名

利用者との関係

救急医療情報カードの配布を受けたいので、下記のとおり申請します。

利用者	ふりがな		生年月日
	氏名		明 大 昭 平 令 年 月 日
	住所	東松山市	
申請 事由	該当する事由の番号に○を付けてください。 1. 65歳以上の方 2. 障害がある方 3. 介護を要する方 4. その他()		

申請に当たり、次の事項について同意します。

- ①救急の際、救急隊員・搬送先の医療機関・民生委員が活用すること。
- ②救急活動によっては、救急隊が不必要と判断したとき、又は搬送に急を要するときは、救急医療情報カードを活用しない場合があること。
- ③所定の場所に救急医療情報カードを保管していなかったときは、活用されない場合があること。
- ④かかりつけの医療機関があっても、他の病院に救急搬送される場合があること。
- ⑤救急医療情報カードに救急隊員への伝言を記載されていても、必ずしも実行されるとは限らないこと。
- ⑥救急医療情報カードは適切に管理すること。
- ⑦民生委員に救急医療情報カード配布者の名簿を配布すること。